

Trois dénis : trois vécus intenses

Autor(en): **Castaing, Brigitte**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **106 (2008)**

Heft 9

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949460>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Une conseillère se souvient

Trois dénis, trois vécus int

Au CHUV, on compte environ un cas extrême de déni de grossesse par année (sur 2500 naissances): c'est la situation de la patiente qui arrive aux urgences pour syndrome abdominal douloureux et qui accouche dans les heures suivantes sans se savoir enceinte au préalable et, en général, cela se termine bien pour le lien mère-enfant. Trois récits qui mettent en évidence le côté émotionnel de ces expériences encore mal connues.

Ce que je voudrais apporter ici c'est ce qui se vit émotionnellement dans des situations particulières. A travers trois expériences réelles, j'aimerais dire ce que ces jeunes femmes m'ont appris. Il ne s'agit en aucun cas de théorie. Je veux parler d'un autre niveau: celui de l'impalpable, celui de l'irrationnel. Ces jeunes femmes m'ont en effet beaucoup apporté sur ce qu'on appelle «l'essence de la vie».



Brigitte Castaing, sage-femme conseillère au CHUV, Lausanne.

choses soient bien cadrées dans la vie, l'imprévisible la gêne. J'ai un bon contact avec elle et je lui suggère de voir au moins son copain, mais elle choisit d'abord la solitude. Elle ne sait pas si c'est l'homme de sa vie. Je lui fais remarquer qu'il y a tout de même maintenant un lien qu'elle ne peut pas nier: cet enfant a un père; il a aussi des grands-parents, des tantes. Elle n'avait pas vu cela comme ça. Je lui propose d'être suivie

par une pédopsychiatre.

C'est la précipitation due à l'accouchement, qui change tout. Les ultrasons révélèrent non seulement que le bébé est en siège (donc une césarienne rapidement), mais qu'il n'a pas de cerveau (moignon du tronc cérébral). Du fait de la césarienne, puis de la réanimation en néonatalogie, elle ne va pas voir ce bébé tout de suite. Elle en était restée à l'hypothèse de l'adoption, mais tout se précipite. Ce que vit Marion est trop fort, trop rapide. C'est un gros choc: elle passe à la fois une découverte de grossesse, une césarienne, un tout-petit si fragile et sa perte imminente. A peine accueilli, il va falloir se préparer à l'accompagner dans une espérance de vie en sursis.

En présence d'une pédopsychiatre, elle accepte de voir son compagnon. Puis, Marion rencontre les parents. Elle, qui voulait «faire tout toute seule», découvre soudain l'intensité des liens familiaux. Elle ne s'attendait pas à tant d'amour de la part de ses parents, de ses sœurs aussi, et à leur grande compassion pour ce tout-petit qui vient par surprise. L'enfant est né fin novembre, il a été baptisé et une des sœurs a été marraine. Marion lui a acheté un bonnet, puis un cadeau de Noël. Il est mort la veille de Noël.

J'ai revu Marion un peu plus tard et j'ai été très touchée par sa force de résilience, par cette harmonie du vécu paradoxal: l'accueil de la vie et le deuil de la mort si intimement liés. Etape par étape, elle avait non seulement grandi, mais elle nous avait fait tous grandir... Elle avait une force, une conscience, une spiritualité qui sortaient de l'ordinaire. Cette femme très cérébrale, très mentale – pour qui l'émotionnel ne semblait pas avoir de place – a tout à coup retrouvé le lien avec son corps, avec ses émotions, et découvert une dimension spirituelle qu'elle ne soupçonnait même pas. A la fin, il y avait une réelle équité dans notre relation.

Un an et demi après, la pédopsychiatre qui la suivait nous a appris que tout allait bien avec son copain et qu'ils envisageaient une prochaine maternité.

Sylvie, 43 ans

Serveuse, elle est la maîtresse d'un homme marié depuis sept ans. Elle est sûre qu'elle est en pré-ménopause et se croit stérile. A 33 semaines, Sylvie consulte sa gynécologue qui me l'adresse. Elle m'explique que cette maternité est «impossible»: elle vit seule dans un petit deux pièces; être serveuse est un métier difficile; elle ne veut pas le dire au père parce qu'il est marié, ni à son patron avec qui elle est bien; ses parents sont décédés et elle n'a plus qu'un frère, qui ne doit pas savoir.

Et puis, Sylvie croit fermement qu'«Un enfant, ça coûte cher». Elle souhaite donner l'enfant en adoption. J'attire son attention sur le fait qu'elle a trois mois pour revenir sur sa décision (délai prévu par la loi), au bout desquels il lui ait recommandé d'écrire une lettre manuscrite expliquant à son enfant les raisons de son choix de le donner en adoption. Malgré sa décision, l'entretien se déroule de telle manière que nous parlons de la place que cet enfant a déjà dans sa famille: «Il sera le neveu ou la nièce de votre frère et ses enfants auront un cousin ou une cousine». Un événement survient: le frère de Sylvie l'invite pour fêter son anniversaire en famille, alors que ça n'arrive que rarement. Avec discrétion sa belle-sœur lui glisse: «Je pense que tu es enceinte, mais

¹ Tous les prénoms sont fictifs

enses

c'est bon pour nous»: la relation des deux femmes va se trouver renforcée par une complicité dans cette alliance féminine.

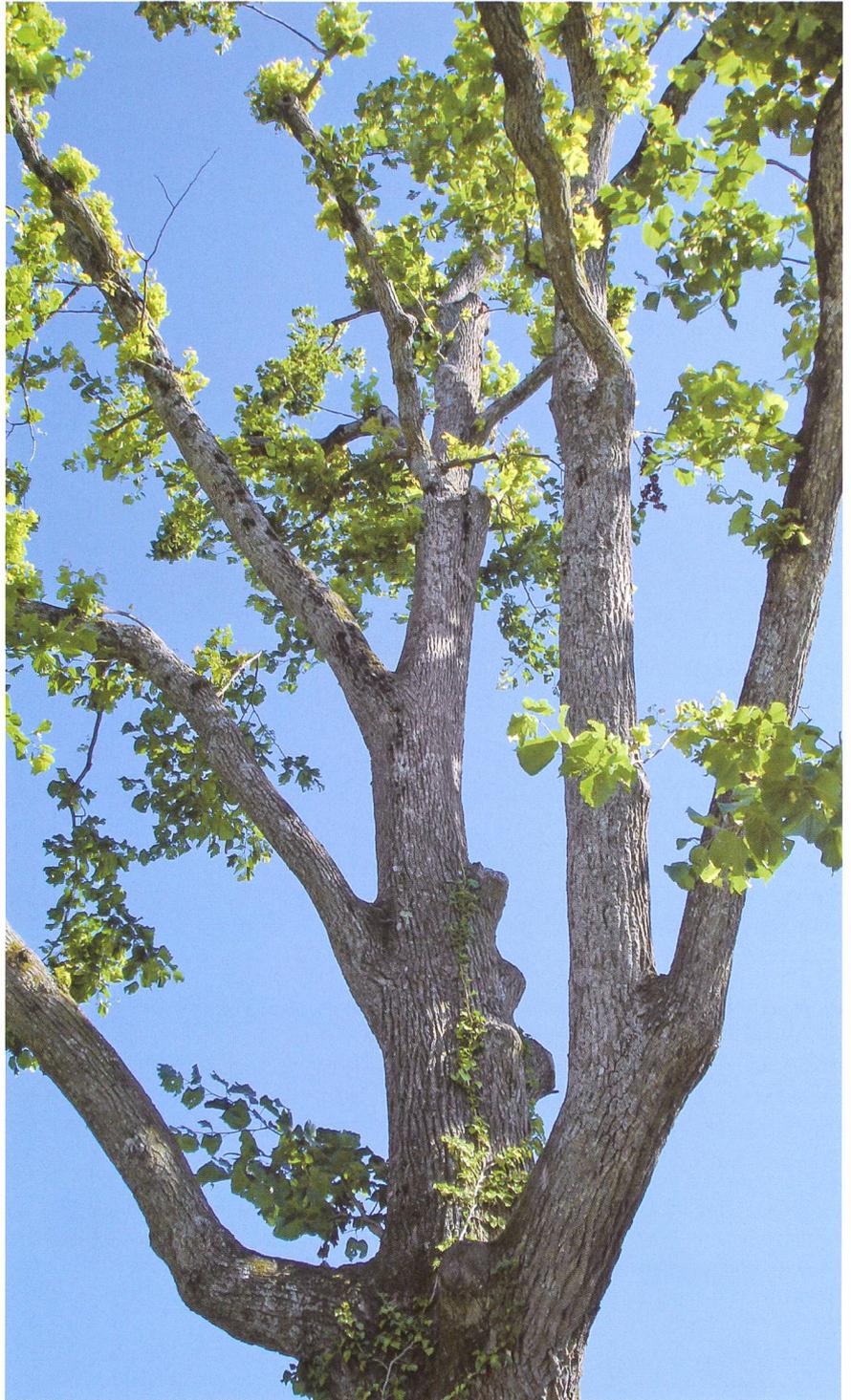
Pour Sylvie, c'est une révélation: elle a une vraie famille! Du coup, elle se retrouve un lien avec son frère, qui décide de l'aider financièrement. Même son patron lui accorde une prime. Et, elle voit tout d'un coup les choses différemment: elle renonce à l'adoption. Elle a averti le père qui reconnaîtra l'enfant, mais pour le moment elle décide de garder le secret de cette relation aux membres de sa famille. Plus tard, nous avons appris par sa gynécologue que Sylvie était devenue une femme épanouie depuis sa maternité.

Marie, 19 ans

Double nationale, elle vit à Paris. Elle a eu plusieurs aménorrhées dans sa vie. Elle pense d'abord que c'est simplement une aménorrhée de plus. Un jour, elle passe tout de même chez son généraliste parce qu'elle ne comprend pas pourquoi elle grossit. Elle croit qu'elle est constipée, alors qu'elle en est à plus de 30 semaines...

Marie vient en Suisse pour ne pas accoucher dans son milieu. Quand je la vois, elle est extrêmement claire: «J'habite Paris, où j'ai laissé mon boulot. A mon patron, j'ai argumenté des vacances. J'ai encore une assurance en Suisse. Je vis chez la copine de ma mère. Personne n'est au courant sauf elle. Je ne veux absolument pas de cet enfant. Je veux une péridurale. Je ne veux pas lui donner de prénom. Je ne veux pas l'avoir dans les bras. Je veux le donner en adoption.» Je note tout cela dans le dossier.

En fait, la naissance doit être provoquée. Tout se passe très, très vite, et on n'a pas le temps de lui poser la péridurale. La sage-femme qui l'accompagne lui dit: «Poussez. C'est bon. Ne poussez plus». Puis vient un grand silence que Marie trouve intolérable: «Il ne crie pas! Donnez-le-moi!» Le dé clic s'est fait là, en l'espace de quelques secondes trop longues pour Marie. Le bébé s'est retrouvé criant dans les bras de sa mère, parfaitement sain: Marie a continué à prodiguer des soins à son tout-petit pendant le séjour à la Maternité, puis l'a confié à la pouponnière avant de regagner Paris. Quinze jours plus tard, elle revenait le



Quel lien fait cet enfant qui arrive subitement avec la famille? Quelle place peut-il occuper dans un arbre généalogique déjà existant?

chercher car, disait-elle, «Je ne peux plus vivre sans lui».

Un bout de mémoire collective ravivée

Avec le recul, il me semble que ces jeunes femmes ont gardé un bout de la mémoire collective des femmes enceintes sans être mariées qui, il n'y a pas si longtemps, étaient encore systématiquement victimes de la société (filles-mères bannies, «moins que rien»). Toutes les trois

sont de fortes personnalités. Elles ont gardé l'enfant, parce que leur perspective a été inversée, soit par la précipitation des événements, soit par le dialogue tout en se laissant surprendre dans leur capacité de résilience. Chaque fois, elles ont longtemps dit «non» à une grossesse qui était pour elles «impensable», puis elles se sont offert à elles-mêmes le lien avec l'enfant. ◀

*Propos recueillis par
Josianne Bodart Senn*

Gaëlle Guermalec-Lévy

Je ne suis pas enceinte

Enquête sur le déni de grossesse

Stock, 2007, 259 p., 17 euros
ISBN = 234-06018-0

L'ouvrage se lit comme un roman policier. Préparé après trois ans d'enquête par une journaliste française, il est bien écrit et bien construit. On est très loin de l'anecdote pure qui n'est utilisée que pour faire monter le tirage d'un magazine. Au travers d'une série de véritables histoires de vie qui sont rédigées avec tact et nuances, Gaëlle Guermalec-Lévy cherche à expliquer ce que le déni de grossesse a d'incroyable.

Incroyable qu'en neuf mois, une femme ne décèle aucun signe de grossesse – ou balaye quelques petits doutes – et accouche «par surprise»... Incroyable que cet accouchement soit si rapide, si «facile», si peu douloureux qu'il arrive que cette femme voit subitement sortir la tête du bébé, au-dessus des toilettes, et soit «sidérée» par ce qui est pour elle proprement «impensable»... Incroyable aussi que des femmes qui ont déjà accouché interprètent des contractions comme des règles particulièrement douloureuses, une crise d'appendicite, une gastro-entérite sévère... Plus incroyable encore que des médecins ressentent «aveugles» à des signes – certes discrets – de grossesse chez une patiente connue (médecin traitant), chez une parente (sœur ou belle-sœur avec qui on va à la piscine ou au cours de yoga), voire chez sa conjointe ou son amante...

Et quand on referme le livre, on comprend le message que l'auteure cherche à faire passer: un des risques majeurs du déni de grossesse, c'est la menace du néonaticide. Si les premiers récits de vie se terminent bien, et même très bien, ils «dérangent» au fil des pages et certains tournent même à la catastrophe. Car accoucher «par surprise», c'est aussi parfois se mettre dans une situation qui peut conduire à devenir subitement une «mère tueuse». Parce qu'il faut empêcher à tout prix que le cri du bébé n'alerte l'entourage. Ou, à l'inverse, parce que la mère croit sincèrement que le bébé est mort-né puisqu'il reste bleu et qu'il ne pleure pas. En France, selon l'époque et le lieu, c'est une «loterie judiciaire» qui règne. Une mère infanticide peut très bien connaître un non-lieu ou un acquittement. Pour des faits similaires, à quelques kilomètres de là ou quelques mois plus tard, une autre mère infanticide sera sanctionnée par de longues années de prison et séparée de ses enfants encore vivants. Gaëlle Guermalec-Lévy veut ainsi attirer l'attention du grand public, mais aussi des médecins et des juristes, sur ce traitement injuste et surtout sur l'incompréhension que connaissent celles qui restent, jusqu'à la fin de leurs jours, des mères et non des «monstres».

Josianne Bodart Senn
sociologue

A télécharger

Une explication psychanalytique

Parce que le psychisme s'allie au corps pour annuler une réalité non pensable pour la femme, l'auteure parle de ce «trouble grave de la représentation». Un livret de 64 pages reprend le texte d'une conférence de Sophie Marinopoulos présentée à Bruxelles le 10 mai 2007.

Voir: www.yapaka.be

Statistique

En France, presque un par jour

Sur la base de quelques études publiées, il est possible de situer le nombre de femmes concernées par un déni total chaque année en France dans une fourchette de 300 à 350 et d'estimer à près de 2000 celles qui présentent un déni partiel. Il s'agit cependant là d'estimations basses, en particulier parce que les études ne prennent en compte que les accouchements qui se réalisent dans une structure hospitalière.

Il est généralement admis que le déni de grossesse (partiel ou total) touche 2 à 3 femmes enceintes pour mille.

Source: AFRDG

Profil des femmes

De 14 à... 46 ans

Une étude a été menée pendant de sept ans auprès de 2550 femmes ayant été hospitalisées dans deux maternités françaises (Denain et Valenciennes). Les auteurs ont observé et décrit 56 cas de déni qui se par-



tagent pratiquement à égalité entre ceux qui prennent fin avant le terme de la grossesse (27 cas de «déni partiel») et les dénis qui se poursuivent jusqu'à l'accouchement (29 cas de «déni total»).

Cette étude fait ressortir que près de la moitié des femmes victimes d'un déni est déjà mère d'un ou de deux enfants (26 femmes sur les 56 étudiées, dont 11 parmi les 29 femmes présentant un déni total). Autre information de poids: tous les

milieux sociaux sont concernés; le déni n'a donc pas une explication «sociale» (misère). L'âge moyen est de 26 ans, mais les femmes concernées ont de 14 à 46 ans. Il n'est pas rare que le cas de déni total se solde par la mort du bébé, soit accidentellement, soit par manque de soins (6 cas sur 29).

Source: C. Pierronne et al. Le déni de grossesse à propos de 56 cas observés en maternité, Perspectives psychiatriques, juillet 2002, vol 41, p. 182-188.

www.afrdg.info

Une «maladie» qui nécessite des soins

L'Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse (AFRDG) a été créée pour apporter de l'aide à toutes les femmes qui ont été victimes d'un déni de grossesse. Elle milite pour que le déni de grossesse ne soit plus relégué comme un simple fait divers, mais qu'il soit traité comme un véritable problème de santé publique. Elle peut également apporter son expertise au-

près des avocats et des tribunaux dans les affaires les plus douloureuses qui s'achèvent par un procès.

Sur son site, elle fournit diverses informations et tous ses communiqués de presse; elle publie les récits de femmes qui veulent bien témoigner librement d'expériences (récentes ou plus anciennes); elle anime des forums de discussion.

Qui en arrive à nier sa grossesse ?

Une étude rétrospective a été entreprise pour toutes les femmes qui, entre janvier 1997 et décembre 2003, avaient été admises dans un centre médical urbain pour accouchement ou post-partum immédiat sans qu'elles aient bénéficié auparavant d'un quelconque soin prénatal.

Trois types de déni

Les auteurs se sont basés sur la typologie de Miller qui distingue trois types de déni: déni massif («persuasive denial»), déni affectif («affective denial»), déni psychotique («psychotic denial»).

- Le déni massif, totalement convaincant, apparaît quand l'existence même de la grossesse n'est pas consciemment ressentie par la femme: aucune prise de poids, aucune aménorrhée, aucune modification des seins manifestes ou repérées; douleurs d'un travail débutant faussement interprétées, etc. Le partenaire et les autres membres de la famille partagent ce déni massif.
- Dans le déni affectif, les femmes sont intellectuellement conscientes de leur état gravide, mais elles continuent «comme si de rien n'était»: elles pensent, se sentent et se comportent «comme si» elles n'étaient pas enceintes, espérant qu'en ne nommant pas leur problème, celui-ci finira

par disparaître. Certaines consommatrices de drogues en font partie.

- Le déni psychotique apparaît quand les femmes souffrent déjà de psychose et ont vécu un antécédent de perte de la garde de leurs autres enfants.

Taux estimés

Durant la période mentionnée, quelque 31 475 accouchements ont été enregistrés et 216 n'avaient pas fait l'objet d'un suivi prénatal. Après analyse détaillée des dossiers, il s'est avéré que:

- 61 femmes ont nié leur grossesse: pour 22, c'est un déni massif (36%); pour 32 un déni affectif (52%); pour 7 un déni jusqu'au 3^e trimestre (11%); aucune n'a connu un déni psychotique.
- 20 femmes ont dissimulé leur grossesse: 14 jusqu'à l'accouchement (70%); 6 jusqu'au 3^e trimestre (30%).

L'incidence des grossesses déniées et dissimulées est de 0,26%.

Caractéristiques des femmes

- Les femmes déniant leur grossesse sont le plus souvent dans la tranche d'âge des 18–29 ans (59%), de même celles dissimulant leur grossesse (50%).
- Les plus jeunes (moins de 18 ans) ne représentent que 23% des grossesses déniées et 40% des grossesses dissi-

mulées. Elles vivent aussi plus souvent chez leur mère (46% pour les dénis et 33% pour les dissimulations).

- Pour l'ensemble de ces femmes, leur propre mère est considérée majoritairement comme le potentiel d'aide principal (71% pour les dénis et 68% pour les dissimulations) tandis que le père de l'enfant vient après (50% pour les dénis et 58% pour les dissimulations).
- Ces femmes sont loin d'être des illettrées, puisque beaucoup ont un certificat d'études en poche («High school completed»): 66% pour les dénis, mais seulement 45% pour les dissimulations.
- Les femmes déniant leur grossesse sont davantage salariées (42%) et les femmes dissimulant leur grossesse plutôt des étudiantes (50%).
- Des antécédents d'abus sexuel sont rarement mentionnés: 8% pour les dénis et 12% pour les dissimulations.
- Ce sont en outre plus fréquemment des femmes ayant déjà eu des enfants: seulement 26% de primipares pour les dénis et 35% pour les dissimulations.
- Un certain nombre d'entre elles ont aussi connu des fausses couches ou des avortements thérapeutiques: 20% pour les dénis et 15% pour les dissimulations.

Admissions

Les raisons de se présenter au centre médical étaient:

- des maux de ventre: pour 25% des dénis et 22% des dissimulations
- un saignement vaginal: pour 19% des dénis et 11% des dissimulations
- d'autres signes (éclampsie, douleurs dorsales, etc.): 45% pour les dénis et 61% pour les dissimulations.

Très peu de ces femmes ont finalement accouché à domicile: 4 femmes (6%) déniant leur grossesse et 3 (15%) dissimulant leur grossesse.

Dépistage et prise en charge

On constate peu de diagnostic de retard mental et tous sont considérés comme «léger»: 4 femmes pour les dénis et une seule pour les dissimulations. Peu de tests toxicologiques d'urine (drogues illégales) se sont révélés positifs: 6 pour les dénis et 3 pour les dissimulations. Peu de consultations psychiatriques ont été requises dans le post-partum immédiat: 1 pour les dénis et 3 pour les dissimulations. Quelques nouveau-nés ont été retirés de la garde maternelle: 13 (22%) pour les dénis et 7 (39%) pour les dissimulations.

Source: Susan Hatters Friedman, Amy Heneghan, Miriam Rosenthal: Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy. In: Psychosomatics, April 2007, 117–122.

A noter

Deux occasions d'approfondir le sujet

- Un 1^{er} Colloque français est organisé à Toulouse, les 23 et 24 octobre 2008, autour du thème «Le déni de grossesse: Etat des lieux, enjeux et perspectives». Il a comme premier objectif de procéder à un «état des lieux» des connaissances. Il sera aussi le lieu d'une mise en commun de différentes approches, d'une

réflexion susceptible de «donner sens» à cette situation pathologique. Un temps sera réservé aux situations les plus graves, celles où le déni de grossesse aboutit à la mort du nouveau-né. Le Congrès consacrera également des travaux à la question de la prise en charge et à celle de la prévention. Pour télécharger le

programme complet et s'inscrire: www.afrdg.info

- Par ailleurs, l'Association française de Maternologie organise, le 24 novembre 2008, au Palais des Congrès de Versailles, son 7^e Congrès intitulé «Grossesse, du désir au déni».

Pour en savoir davantage: <http://materno.club.fr>

